

Introduction.— La progression constante des traitements médicaux et chirurgicaux durant les dernières décennies devrait permettre une diminution du taux d'amputations majeures des membres inférieurs. Les efforts fournis pour la prévention des accidents de travail et de roulage devraient aller dans le même sens. Toutefois, ces bénéfices ont tendance à être contrebalancés par l'augmentation de l'espérance de vie tant pour les patients artéritiques que pour les victimes d'accidents. De ce fait, le nombre de personnes adressées en centre de réadaptation pour prise en charge d'une amputation fémorale bilatérale ne semble pas diminuer. De leur côté, les techniques d'appareillage orthopédique progressent de manière continue et les aides techniques à la mobilité offrent une alternative au déplacement de plus en plus performante.

Discussion.— À l'aide de quatre cas cliniques de patients amputés fémoraux bilatéraux avec tableaux cliniques fort différents, d'origine traumatique ou vasculaire, les auteurs font le point sur les perspectives de rééducation, d'appareillage et les espoirs de récupération fonctionnelle dans le cadre de ce type de handicap majeur. Une attention particulière sera portée sur le type d'appareillage et sur l'utilisation de celui-ci dans la vie quotidienne. Un aspect également intéressant à prendre en compte est la résilience des patients face à leurs amputations.

Conclusions.— À la lumière de ce travail, les auteurs soulignent que l'amputation fémorale bilatérale représente toujours un handicap considérable pour lequel l'appareillage prothétique peut apporter une amélioration fonctionnelle dans un nombre limité de situations de la vie quotidienne. Cet appareillage n'est pas toujours possible et, le plus souvent, les aides à la mobilité de type fauteuil roulant manuel ou électronique représenteront l'outil de base pour effectuer les déplacements. Les situations individuelles sont très variables et le praticien doit donc adapter la rééducation et l'appareillage au cas par cas.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.211>

CO03-006-f

Amputation de jambe et fracture du membre controlatéral traitée par fixateur externe : étude clinique

A. Ould Ouali

Hôpital militaire universitaire spécialisée, BP 83, 16000 Staouéli,

Alger, Algérie

Adresse e-mail : malou2007_ab@yahoo.fr.

Mots clés : Amputation ; Fracture ; Fixateur externe ; Prothèse

Introduction.— La prise en charge de l'amputation de jambe secondaire à un traumatisme balistique, n'est jamais standardisée. Associée à une fracture du membre controlatéral, elle entrave le pronostic fonctionnel.

Matériels et méthodes.— Notre étude, porte sur 18 patients présentant une amputation de jambe associée à une fracture par traumatisme balistique du membre controlatéral, pris en charge en MPR. Les critères d'exclusion : patients présentant des complications du moignon d'amputation, du foyer de fracture et des lésions associées. Tous nos patients sont du sexe masculin, l'âge moyen est de 23,5 ans (19–32 ans). Les fractures du membre controlatéral : huit fractures de jambe et une du fémur ont été traitées par fixateur externe dynamique (Groupe 1), six fractures de jambe et trois fractures du fémur traitées par fixateur externe rigide (Groupe 2).

Résultats.— La marche avec prothèse tibiale a été obtenue au 90^e jour (70–170 jours) pour les patients du Groupe 1, le bilan fonctionnel est satisfaisant. Elle n'a été obtenue qu'au 135^e jour (110–310 jours) pour les patients du Groupe 2, après consolidation du foyer de fracture, le bilan fonctionnel est moyen, marqué par la boiterie à la marche dû à la raideur des articulations sus- et/ou sous-jacentes au foyer de fracture dans quatre cas, et/ou aux difficultés d'appareillage d'un moignon amyotrophique dans trois cas.

Discussion.— La mise en place, du fixateur externe dynamique a permis la remise en charge et la marche précocement avant la consolidation du foyer de fracture. Elle prévient ainsi l'installation de troubles trophiques du moignon d'amputation, des raideurs articulaires du membre controlatéral fracturé.

Conclusion.— La prise en charge de ces patients, dépend d'un bilan lésionnel précis, d'une stratégie à visée fonctionnelle associant les compétences du chirurgien orthopédiste et du médecin en MPR.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.212>

CO03-007-f

Orthèse dynamique à basse tension : supériorité en termes de tolérance et d'efficacité — application dans le traitement du flexum de genou dans la paralysie cérébrale

I. Heymann

CMPRE, BP 2, 54630 Flavigny-sur-Moselle, France

Adresse e-mail : isabelle.heyman@ugecamne.fr.

Mots clés : Orthèse dynamique à basse tension ; Spasticité ; Flexum de genou ; Tolérance ; Paralysie cérébrale

Problématique.— Les orthèses de nuit sont recommandées dans le traitement des flexum de genou dans la paralysie cérébrale, elles sont malheureusement le plus souvent mal tolérées et donc rapidement abandonnées.

Étude.— Comparer l'efficacité et la tolérance des orthèses cruropédiées statiques à crémaillère versus les orthèses dynamiques à basse tension (Ultraflex).

Sujets et méthode.— Étude randomisée prospective monocentrique incluant 30 enfants cérébrolésés (âge moyen 11,2–14 marchants) présentant un flexum uni ou bilatéral supérieur ou égal à 10°. Au total : 48 orthèses (24 dynamiques/24 statiques).

Pendant l'étude, aucun plâtre ou traitement par toxine botulique n'est réalisé. Le critère d'analyse principal est la mesure goniométrique du flexum de genou. Les critères secondaires : l'angle poplité, l'angle de dorsiflexion de cheville, la spasticité des ischiojambiers et du triceps sural, la tolérance des orthèses et la compliance.

Les mesures sont réalisées par le même kinésithérapeute initialement et à trois, six et huit mois.

L'analyse statistique (test de Student avec ajustement par la méthode Tuckey [$\alpha' = \alpha/\sqrt{6}$]) compare les données à six et huit mois.

Résultats.— Meilleure efficacité de l'orthèse dynamique à la fois pour les sujets marchants et non marchants :

– sur la réduction du flexum de genou à six mois (9,3 vs 2,8 ; $p < 0,001$), et à huit mois (12,5° vs 3,5° ; $p < 0,0001$) ;

– sur la diminution de la rétraction des gastocnémiens ($p = 0,0003$) et de leur spasticité ($p = 0,0003$) ;

– sur la réduction de la spasticité des ischiojambiers ($p = 0,0262$).

– sur la tolérance de l'orthèse ($p = 0,009$).

Conclusion.— Cette première étude comparative entre orthèse dynamique et statique met en évidence l'efficacité et la bonne tolérance de l'orthèse dynamique grâce au développement progressif d'une basse tension. L'orthèse cruropédieuse dynamique devrait être en première ligne dans le traitement conservateur du flexum de genou dans la paralysie cérébrale.

Pour en savoir plus

Light K, et al. Low-load prolonged stretch vs high-load brief stretch in treating knee contractures. *Phys Ther* 1984;64:330–3.

Farmer SE, et al. Contractures in orthopaedic and neurological conditions: a review of causes and treatment. *Disabil Rehabil* 2001;23(13):549–58.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.213>

CO03-008-f

Le traitement des douleurs du membre fantômes en EMDR

I. Meignant

EFPE, association EMDR France, école française de psychothérapie EMDR, 46, rue du Languedoc, 31000 Toulouse, France

Adresse e-mail : meignant@gmail.com.

Mots clés : EMDR ; Douleur du membre fantôme (DMF) ; Réseaux de mémoires ; Traitement de l'information ; Psychothérapie ; Mouvements oculaires

L'approche psychothérapeutique intégrative EMDR repose sur des concepts issus d'observation faites dans l'état de stress post-traumatique (ESPT) des données de la biologie [1] et sur le modèle du traitement adaptatif de l'information. Dans l'ESPT, des souvenirs difficiles du passé deviennent des